1901

Lucchini don Jean

INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS

LES HÉMATOMÈTRES

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✲)..... DOYEN
FORGUE..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Hygiène.....	MM. BERTIN-SANS(✲).
Clinique médicale.....	GRASSET (✲).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. PUECH.....	
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✲).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✲).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.

DOYEN HONORAIRE : M. VIALLETON.
PROFESSEURS HONORAIRES : MM. JAUMES, PAULET (O. ✲).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements.....	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	L. IMBERT, agrégé.
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. BROUSSE	MM. PUECH	MM. RAYMOND
RAUZIER	VALLOIS	VIRES
LAPEYRE	MOURET	L. IMBERT
MOITESSIER	GALAVIELLE	H. BERTIN-SANS
DE ROUVILLE		

M. H. GOT, *secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE : MM. TÉDENAT, *président.* — BAUMEL. — VIRES. — DE ROUVILLE.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTERVENTION CHIRURGICALE N° 28

DANS

LES HÉMATOMÈTRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 13 MARS 1901

PAR

LUCCHINI DON JEAN

Né à Aullène (Corse).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

1901

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546803_0074

A L'AFFIZIONI E OU RICORDIOU

DI I MEI

A L'AMICI BRAVI

LUCCHINI DON JEAN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

LUCCHINI DON JEAN.

INTRODUCTION

Nous avons, au début de ce modeste travail, indiqué la formation embryologique des organes génitaux chez la femme, et les malformations consécutives à un défaut de développement.

Nous avons divisé les absences congénitales du vagin en absences partielles et en absences totales.

Les absences partielles sont les plus fréquentes, et nous avons montré que, dans ces cas, les organes génitaux internes étaient bien constitués.

L'atrésie du vagin entraîne des accidents qui vont depuis la rétention des règles jusqu'au simple phénomène de molimen menstruel. Dans ce dernier cas, l'utérus est absent ou atrophié. Les ovaires seuls fonctionnent.

Nous avons montré la conduite à tenir. L'intervention doit être immédiate, quand il y a tumeur sanguine, et elle se propose d'évacuer la poche et d'assurer, pour l'avenir, l'écoulement menstruel.

L'opération doit être également pratiquée quand la malade, sans avoir de rétention menstruelle, souffre plus ou moins à

la suite du molimen qui s'accomplit, même en l'absence de l'utérus, par le simple fonctionnement des ovaires.

Les divers procédés, pour créer une voie au sang menstruel, ont pour but la réfection d'un vagin artificiel.

La simple incision et l'incision combinées au refoulement ne peuvent empêcher la rétraction cicatricielle qui compromet l'avenir du canal vaginal. Il faut leur préférer la méthode autoplastique qui prévient cette rétraction.

INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS

LES HÉMATOMÈTRES

CHAPITRE I

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE

Pour bien comprendre les malformations qui portent sur les organes génitaux internes et externes de la femme, il faut rappeler rapidement le développement normal de l'appareil génital.

Sur l'embryon étalé en un plan à la surface de l'œuf, on voit, sur la ligne médiane en avant, une gouttière, premier rudiment du système nerveux central, et, en arrière, une autre formation, la *ligne primitive*, qui occupe toute la partie postérieure de l'embryon, à partir du point où cesse la gouttière médullaire.

On admet aujourd'hui que la ligne primitive dans toute sa longueur sert à l'édification du corps, et qu'en particulier la

région uro-génitale est comprise toute entière dans sa sphère d'action.

Quand l'embryon reploie ses deux extrémités antérieures et postérieures, la partie postérieure de la ligne primitive s'infléchit elle-même. Elle se replie en avant de telle sorte que les deux moitiés de cette ligne font entre elles un angle dont le sinus est tapissé par l'endoderme.

La partie de la ligne primitive, qui a pris part à ce mouvement d'inflexion, s'appelle *membrane anale*, parce qu'elle correspond à la région où se fera plus tard l'anus, et que de son ouverture résultera la communication avec l'extérieur des organes urinaires et génitaux et du rectum. Sa composition est un peu différente de la partie antérieure de la ligne primitive. Dans celle-ci, en effet, l'ectoderme, l'endoderme et le mésoderme sont confondus en masse unique au niveau de la gouttière, tandis que, sur la membrane anale, l'ectoderme et l'endoderme existent seuls et sont accolés.

Cette membrane anale constitue sur la ligne médiane la paroi inférieure de l'intestin postérieur. En avant de la membrane anale, la paroi ventrale est continuée jusqu'à l'ombilic, par une zone de paroi primordiale, paroi à trois feuillets, ecto-meso et endoderme.

Voilà la constitution normale de la paroi inférieure de l'intestin postérieur complètement fermé.

Voyons maintenant les transformations qui s'opèrent au-dessus, au niveau et au-dessous de la membrane anale.

Au-dessus, l'intestin postérieur va se cloisonner pour former l'*allantoïde* et le sinus uro-génital. Son extrémité postérieure ou cloaque interne est divisée en deux moitiés, grâce à deux bourgeons, qui se soulèvent de ses parois et marchent à la rencontre l'un de l'autre. Quand ils se sont rencontrés sur la ligne médiane, ils se juxtaposent et forment une cloison transversale, qui divise la gouttière primitive en une portion

supérieure, qui sera le gros intestin, et une portion inférieure ouverte en bas, qui sera le pédicule de l'allantoïde. Le cloaque interne étant ainsi cloisonné, les deux cavités vont évoluer isolément.

La postérieure sera le rectum. La seconde est désignée sous le nom de sinus uro-génital, parce qu'elle sert de conduit commun des produits génitaux et urinaires. Elle formera l'urètre de la femme et une certaine étendue de la vulve.

C'est dans cette cavité que viennent aboutir les canaux génitaux, les conduits de Wolf, qui s'atrophieront chez la femme, et les canaux de Müller, destinés à former le vagin, l'utérus et la trompe.

Ces canaux de Müller dérivent de l'invagination de l'épithélium pleuro-péritonéal, et descendent de chaque côté, en compagnie des canaux de Wolf, pour se rendre dans le cloaque. Leur extrémité supérieure reste ouverte dans la cavité pleuro-péritonéale et formera le pavillon de la trompe. Leur extrémité inférieure est accolée à l'extrémité correspondante du canal de Wolf et à l'uretère, émanation de ce dernier. Ces trois cordons : canal de Müller, canal de Wolf et uretère, aboutissent réunis dans le sinus uro-génital, partie antérieure du cloaque interne.

Plus tard, chez la femme, les trois canaux se dissocieront : le canal de Wolf s'atrophie, l'uretère est entraîné en haut par le développement de la vessie, aux dépens de l'allantoïde (partie supérieure); le canal de Müller s'abaisse au contraire et vient se mettre en rapport avec la face supérieure ou cloacale du bouchon de Tourneux (membrane anale). Dès lors, le sinus uro-génital ne correspond plus qu'à l'urètre.

Que devient la membrane anale? Les cellules qui la composent prolifèrent et constituent bientôt une masse épithéliale uniforme. Tourneux l'appelle bouchon cloacal. Elle se désagrège en son centre, le cloaque s'ouvre à l'extérieur, et, comme il est

déjà cloisonné, il s'ouvre par deux conduits : l'un antérieur, le sinus uro-génital ; l'autre postérieur, le conduit anal. Ceci se produit de la huitième à la douzième semaine.

Pendant que ces modifications s'accomplissent du côté du segment postérieur de l'intestin, les organes génitaux externes se développent.

En avant du sinus uro-génital et bien avant l'ouverture du cloaque, on voit, à la sixième semaine, s'élever une éminence conoïde. C'est le *tubercule génital*. Un bourrelet cutané, *bourrelet génital*, borde l'orifice cloacal, et les deux lèvres du sillon génital constituent les *replis génitaux*.

Chez la femme, le bourrelet génital, divisé en deux moitiés distinctes, donne naissance aux grandes lèvres, entre lesquelles fait saillie en haut le tubercule génital, et l'aditus uro-génital se transforme en une cavité, le vestibule, au fond duquel s'ouvre le vagin et au-dessus l'urètre.

Les deux replis génitaux qui délimitent latéralement le vestibule deviennent les petites lèvres, et le tubercule génital lui-même se transforme en clitoris.

L'hymen serait l'extrémité antérieure du vagin, doublée par la muqueuse vulvaire, d'après Budin, Charpentier et Imbert. Pozzi rattache l'hymen à la vulve et non au vagin.

Tel est le développement de l'appareil génital chez la femme.

Nous savons que les canaux de Muller donnent naissance aux trompes, à l'utérus et au vagin. Les oviductes se développent aux dépens de la partie supérieure de ces conduits et sont, chez le fœtus, relativement plus avancés que la matrice dans leur évolution. Au-dessous du point où ils sont croisés par le *gubernaculum de Hunter*, les deux canaux de Muller, s'accollant aux canaux de Wolf, forment ensemble le cordon génital de Thiersch.

Ils donnent, dans cette partie, naissance à l'utérus et au vagin sans aucune participation du sinus uro-génital.

Les canaux de Müller se fusionnent d'abord dans leur partie moyenne. Cela a lieu à la fin du deuxième mois, et ainsi se constitue le canal utéro-vaginal de Leuckart. L'utérus reste bicorne en haut jusqu'à la fin du troisième mois. Quant aux extrémités vulvaires des canaux mulléricns, elles ne se fusionnent qu'à la fin du quatrième mois. Il existe donc d'abord deux vagins et deux utérus, jusqu'à-ce que la cloison intermédiaire soit résorbée.

Pozzi admet que le vagin n'est pas uniquement mullérien, mais que les conduits de Wolf participent à la constitution de son segment hyménéal ou vestibulaire. « Il ne me paraît pas douteux, d'après les faits térotologiques où l'on voit si fréquemment l'existence d'un très court canal vestibulaire coïncider avec l'absence du vagin mullérien, que la région que l'on pourrait appeler avec Legay le canal vestibulaire, et que l'on confond d'ordinaire avec le vagin, en est indépendante au point de vue embryogénique. Cette région, presque effacée chez l'adulte par suite des déformations et du tassement de la vulve qu'entraînent le coït et l'accouchement, est très appréciable chez les petites filles, et s'étend, chez elles, du bord interne des grandes lèvres à un millimètre au-dessus de l'hymen. Cette courte région est tout à fait distincte du vagin et devrait être considérée comme une portion évasée de l'urètre recevant le vagin mullérien.

Cet exposé rapide du développement des organes génitaux chez la femme nous permettra de confondre l'étiologie embryogénique des malformations du vagin qui seules nous intéressent dans ce travail.

Les diverses anomalies du vagin reconnaissent pour cause un arrêt de développement portant sur les canaux de Müller. Il est alors absent, ou bien il est incomplet et rudimentaire.

Si l'un des deux canaux mulléricns se développe seul, il y a un vagin unilatéral. Si la cloison persiste intacte ou partielle, le vagin sera cloisonné complètement ou incomplètement.

Enfin, si les canaux de Müller s'atrophient en un point de leur étendue, alors qu'ils se développent au-dessus et au-dessous, le vagin présentera à ce niveau un rétrécissement.

Pozzi explique de la façon suivante les vices de conformation qui constituent les atrésies vaginales : « On sait que l'évolution de la cavité vaginale, aux dépens des conduits de Müller, se fait toujours de haut en bas. On conçoit par suite difficilement que ce soit la partie inférieure du vagin qui existe le plus souvent au lieu de la partie supérieure, lorsqu'il y a arrêt de développement. Je crois qu'il faut voir dans ces faits la persistance et l'allongement anormal du canal vestibulaire ou partie antérieure du sinus uro-génital. Cette sorte d'embouchure ectodermique, assez insignifiante à l'état normal, reprend alors la prépondérance qu'elle a eue à la période embryonnaire, avant qu'elle ne fut refoulée et distancée par le développement du canal mullérien. Ce cul-de-sac, qu'on observe si fréquemment dans les cas d'absence du vagin et de l'utérus, a une longueur de deux à trois centimètres et une médiocre largeur, à peine suffisante pour l'introduction du doigt.

» Mais ces dimensions peuvent être considérablement augmentées par la pratique du coït. Le cul-de-sac est fermé par une membrane nacrée, réticulée, d'aspect cicatricielle.

» On a vu manquer la partie médiane du vagin, et les deux tronçons être séparés par une membrane d'épaisseur variable et parfois perforée. Il y a eu alors, sans doute, arrêt de développement du vagin mullérien et développement compensateur du canal vestibulaire, qui est allé à sa rencontre et n'a pu se fusionner avec lui. »

La théorie de Pozzi explique les absences partielles, super-

ficielles du vagin. Les absences portant sur le tiers postérieur seraient dues à l'imperfection limitée du canal de Müller. Que la lumière de celui-ci soit complètement oblitérée, et l'on aura l'absence complète de l'utérus et du vagin.

Mais cette absence proprement dite, consistant en un manque de tout tissu intermédiaire à la vessie et au rectum, demeure d'une interprétation obscure. Car, d'invoquer un arrêt de développement ou un défaut de bourgeonnement de la partie inférieure des conduits mulléríens, n'est pas une explication suffisante.

Maintenant, si on voulait chercher le pourquoi de ces arrêts dans le développement, on serait fort embarrassé. On ignore pour le moment la cause de ces malformations, et tout ce que l'on peut dire, c'est que l'hérédité semble avoir sur elle une influence manifeste.

CHAPITRE II

MALFORMATION DU VAGIN
ABSENCES CONGÉNITALES DE CET ORGANE

Il y a des absences partielles et des absences totales.

Absences partielles. — On en distingue deux variétés bien nettes :

1° Le vagin peut faire défaut dans sa partie inférieure seulement. L'étendue de l'oblitération varie de deux à trois centimètres. C'est *l'absence partielle* antérieure.

2° Le vagin est oblitéré à sa partie profonde ou voisinage du col utérin. C'est *l'absence partielle postérieure*, ce que Duplay appelle l'imperforation de la partie postérieure du vagin.

En général ces anomalies se présentent sous l'aspect suivant : La cavité du canal est remplacée par une partie pleine consistant en du tissu fibreux ou même fibro-musculaire, d'épaisseur variable, qui maintient l'un contre l'autre la vessie et le rectum. Le reste du vagin offre sa structure habituelle. Lorsque l'absence est tout à fait antérieure, il est de règle que le conduit soit en arrière de l'obstacle le siège d'une dilatation qui augmente avec le temps.

Dans les occlusions portant sur la partie profonde du vagin, la partie antérieure restée perméable du conduit est

généralement rétrécie. Elle se présente sous l'aspect d'un cul-de-sac dont la profondeur varie de deux à trois centimètres. La muqueuse est normale. Parfois, cependant, le fond apparaît revêtu d'une couche lisse nacrée, blanche, résistante, ou, au contraire, inégale et réticulée comme cicatricielle.

Absences totales. — Ces anomalies sont plus rares que les autres. Pozzi en distingue deux états anatomiques différents :

1° Tantôt il n'existe nulle trace de tissu entre la vessie et le rectum. Ces deux organes sont immédiatement accolés. Le corps périnéal est développé seulement en avant et s'étend de la fourchette à l'anus. Le vagin est alors réellement absent ;

2° Tantôt le vagin existe. Mais sa cavité tout entière est comblée. Du museau de tanche à la vulve s'étend un cordon plus ou moins développé, formant cloison entre la vessie et le rectum. Il est parfois réduit à quelques traînées de tissu lamelleux., parfois même il consiste dans un tissu spongieux aréolaire. Il est plus souvent constitué par du tissu fibreux dans lequel Picqué note quelques éléments contractiles; le vagin est développé d'une façon rudimentaire.

Relations des lésions utéro-ovariennes avec l'absence du vagin. — Lefort distingue les états suivants :

1° Absences complètes de l'utérus et du vagin avec existence normale des parties génitales externes ;

2° Absence du vagin avec intégrité de l'utérus et parfois de la partie intérieure du vagin ;

3° Terminaison du vagin en cul-de-sac à une profondeur plus ou moins grande avec absence ou atrophie de l'utérus.

D'après le tableau comparatif que Dumitrescu a dressé de toutes les observations qu'elle a recueillies, en résumant ses conclusions, on voit qu'en définitive l'utérus est rudimentaire ou absent dans 27 cas sur 29 des absences totales du vagin.

Dans les absences partielles, superficielles ou profondes du vagin, l'organe de la gestation existe au contraire 11 fois sur 13.

On peut donc énoncer en principe, que l'arrêt du développement, frappant toute la longueur du conduit vaginal, est presque toujours combiné à une absence de l'utérus, ou tout au moins à un état tellement rudimentaire de celui-ci, qu'il est incapable de fonctionner et que cette variété d'atrésie vaginale ne s'accompagne à peu près jamais des accidents de la retention des règles. Néanmoins quelques malades souffrent au moment des périodes cataméniales. Elles éprouvent tous les phénomènes du molimen menstruel, mais sans qu'il se forme en amont de l'obstacle une poche sanguine. Ces troubles sont imputables à la présence des ovaires. Le cas se présente, d'après Dumitrescu, 8 fois sur 27, sans compter les cas où ces organes ne semblaient faire défaut que d'un côté.

CHAPITRE III

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Les phénomènes cliniques qui caractérisent les absences du vagin dépendent surtout de l'état des organes génitaux internes.

Quand l'utérus et les ovaires manquent, la malformation est découverte par hasard au moment du mariage ou des premières tentatives de coït. Il en est de même des cas ou les organes génitaux internes sont dans un état rudimentaire tel, qu'ils ne peuvent fonctionner.

Dans une catégorie spéciale, rentrent les cas où, l'utérus étant atrophié, les ovaires existent et fonctionnent. Les malades éprouvent des phénomènes douloureux revenant à intervalles plus ou moins réguliers au moment de la puberté. Elles se plaignent de douleurs dans le bas-ventre, de pesanteur, de tiraillements lombaires. Rarement elles ont des vomissements. Il y a parfois de véritables attaques de nerfs, mais il ne se produit pas d'écoulement menstruel, et, dans certains cas, les malades ont des hémorragies supplémentaires.

A l'examen on découvre l'absence du vagin et de l'utérus. Par le toucher rectal, on sent un cordon fibreux plus ou moins résistant qui remonte dans le bassin à une hauteur variable.

Parfois on sent, à 8 ou 10 centimètres de l'anus, un petit nodule induré qui représente l'utérus rudimentaire.

En combinant le toucher rectal du cathétérisme urétral et vésical, on peut détailler les vices de conformation. Déterminer l'épaisseur et la longueur de la cloison fibreuse, si elle existe, ou bien constater l'absence de toute espèce d'amas fibreux par la juxtaposition immédiate du doigt et du cathéter. L'exploration de la cavité pelvienne fait souvent reconnaître un point douloureux correspondant aux ovaires.

Il peut se faire que l'on se trouve en présence d'une malade chez laquelle les premiers phénomènes de rétention menstruelle sont tout à fait au début et précèdent la formation d'une poche sanguine. Mais le flux ne se produit pas : l'absence du vagin coïncide avec celle de l'utérus, qu'on ne découvre pas ; il faut alors penser que les ovaires seuls sont bien constitués et que le molimen menstruel se produit, bien que la matrice n'existe pas. C'est l'opinion de Lefort et de Frank.

Mais que se passe-t-il quand l'absence du vagin s'accompagne de phénomènes de rétention menstruelle.

Bernutz, dans ses leçons cliniques sur les maladies des femmes, décrit admirablement ces accidents : « Les premiers accidents de l'aménorrhée par atrésie, très insidieux au début, consistent dans un sentiment de malaise général, une sensation de gêne et de pesanteur pelviennes, qui semblent indiquer la venue prochaine des règles, que tout annonçait, et qui, cependant, ne se produisent pas. Au bout de quelques jours le malaise disparaît, la sensation de pesanteur diminue, mais sans cesser complètement et pour revenir plus marquée, avec un nouveau malaise général, soit le mois suivant, soit deux à trois mois après, à une époque correspondante à celle de la première manifestation ; soit alors à une époque subséquente, la pesanteur pelvienne s'accompagne de douleurs intermittentes qui, de la région lombaire, se portent vers le

pubis ou le rectum, et offrent les caractères des premières douleurs de l'accouchement. »

Ces coliques utérines, auxquelles se joignent souvent des ténesmes après la défécation ou la miction et des fourmillements des cuisses, persistent pendant quelques jours, conservant la même intensité, puis diminuent pour ne plus laisser après elles qu'une pesanteur hypogastrique augmentant par les fatigues, la marche, etc... ; pesanteur hypogastrique qui devient de plus en plus marquée au fur et à mesure que les accès se multiplient. Un nouveau stade de calme, mais très incomplet, succède à une époque mensuellement correspondante aux premiers accès, un nouvel orage de douleurs plus violentes, mais d'une durée à peu près semblables, pendant lequel les malades sont alors en proie à un état d'anxiété ou d'impatience, parfois à des palpitations violentes ou à des syncopes, à des convulsions épileptiformes, à des frissons irréguliers ou à une sorte de fièvre nerveuse, mais qui est bien différente du mouvement fébrile qui se produira à une époque plus éloignée. A la longue, les accidents s'aggravent : la femme peut devenir hystérique ou avoir des crises d'épilepsie, ou être prise d'accidents cérébraux et pulmonaires.

Si on examine la malade, on reconnaîtra dans la région hypogastrique l'existence d'une tumeur, plus ou moins volumineuse, dont la forme, la situation, la consistance rappellent tout à fait celles de l'utérus gravide. En règle générale, le sang s'accumule d'abord dans la partie profonde du vagin ; puis seulement dans l'utérus.

Les trompes peuvent être dilatées à la longue.

Le diagnostic est relativement facile si l'on tient compte des commémoratifs et de l'apparition de la tumeur. Cette tumeur se développe dans les atrésies profondes et partielles en une région relativement élevée du pelvis, dans les absences superficielles assez près de la vulve.

L'interrogatoire et l'examen direct fixeront sur la cause de l'atrésie. On écartera facilement la sténose vaginale par inflammation ou gangrène. On ne confondra pas non plus l'atrésie avec le cloisonnement du vagin, la soudure des petites lèvres ou l'imperforation et l'atrésie du col utérin.

S'il y a imperforation simple de l'hymen, l'occlusion est faite par une membrane en forme de repli muqueux, de diaphragme dépressible et élastique. Dans l'absence vaginale, les régions vulvaires et périnéales ne sont jamais bombées comme dans l'occlusion de l'hymen qui ressemble alors à la poche des eaux. En outre, l'atrésie partielle du vagin se reconnaît à sa tenture fibreuse et, de plus, le canal vestibulaire est étroit en cul-de-sac, et la poche sanguine ne vient pas faire saillie à la vulve entr'ouverte, entre les petites lèvres.

Dans l'absence très étendue ou totale du vagin, on combinera avec profit le toucher rectal au cathétérisme vésical.

Et, pour ne pas s'exposer à des interventions hasardeuses, on pratiquera un examen complet pendant l'anesthésie.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Observation I

(Dolbeau, *Gazette des Hôpitaux*, 1866)

X..., quinze ans. Entrée dans les premiers mois de l'année 1866. Elle se plaint de douleurs vives dans les reins et le bas-ventre avec nausées, vomissements et état fébrile assez intense. Ces accidents ne duraient d'abord que quelques jours et revenaient d'une façon périodique.

Au-dessous du méat, on constate un hymen normal et arrivant en arrière presque près de la commissure postérieure des grandes lèvres. La membrane offre en son centre un petit orifice qui pouvait recevoir l'extrémité d'un stylet. Mais celui-ci est brusquement arrêté et ne peut pénétrer au delà de quelques millimètres.

A 6 centimètres de l'anus, on sent une saillie en forme de boudin qui semble remonter du côté du pubis. Cette saillie n'est pas exclusivement médiane, elle empiète un peu à droite, elle est très dure.

Le toucher rectal combiné au cathétérisme vésical permet de constater l'absence du vagin sur une longueur de 4 centimètres.

On fit sur le périnée une incision transversale, comme pour la taille prérectale de Nélaton. En cheminant vers la profondeur par voie de décollement, on arriva sur une poche distendue qui fut largement ouverte et d'où s'écoula une grande quantité de sang noirâtre.

Suites opératoires satisfaisantes. Un mois plus tard, les règles n'avaient pas reparu. Dilatation quotidienne du vagin avec un gros cylindre en étain.

Le 18 août, les règles sont arrivées.

Le 4 octobre, on constate que le vagin est resté perméable et accepte deux doigts.

En 1872, nous revoyons la malade qui, devenue belle femme, nous demande si elle peut se marier. Nous constatons l'existence d'un canal muqueux qui commence là où devrait exister le périnée, c'est-à-dire à 3 millimètres en avant de l'anus. Ce canal creuse le long de la paroi antérieure du rectum et est tapissé par une muqueuse lisse et humide. On peut y introduire facilement l'index et le médius réunis. Ce canal se laisse déprimer un peu d'avant en arrière, mais surtout de bas en haut. A l'extrémité de ce canal souple, long de 5 centimètres, on heurte contre l'orifice d'un canal fibreux qui ne permet pas l'entrée du doigt et qui s'oppose à ce qu'on atteigne le col de l'utérus. On arrive à faire pénétrer un hystéromètre sur une longueur de 3 à 4 centimètres.

L'utérus est à sa place et on peut le sentir au travers de la paroi rectale.

La malade est bien réglée tous les mois.

Le mariage se fit et le coït se pratiqua régulièrement. La malade est devenue enceinte, et, avec l'aide du professeur Tarnier, l'accouchement a eu lieu à terme et a été assez facile.

Observation II

(Reeres, *Med. News*, 1884)

Absence complète de vagin avec atrésie de l'utérus. — Création d'un vagin par refoulement.

M. L..., quatorze ans et demi, souffre depuis un an de douleurs périodiques dans le bas-ventre, qui reviennent à présent plus intenses et plus longues. L'examen de la région hypogastrique fait découvrir une tumeur arrondie, élastique, atteignant presque l'utérus et s'étendant un peu plus à gauche de la ligne médiane. Pas de trace de vagin dans les deux tiers antérieurs. Vulve normale.

Incision transversale, décollement aux ciseaux courbes, dilatation immédiate avec un spéculum, sans qu'il soit possible de distinguer un orifice utérin, on ponctionne avec un gros trocart ; évacuation de liquide chocolat, introduction d'un dilatateur utérin. Lavage à la solution phéniquée. Tamponnement. Suites opératoires bonnes. Le troisième jour débâcles abondantes. Quinze jours plus tard les règles reviennent, et se font naturellement sans douleurs.

Observation III

(Dr A. Costa, *Med. News*, 1894)

Absence du vagin. — Hématomètre. — Création d'un vagin artificiel par incision et refoulement.

Une négresse, âgée de quatorze ans, vint me voir le 13 avril 1893, avec sa mère. Elle était malade depuis plusieurs mois.

N'avait jamais été réglée. Elle se plaignait de douleurs très intenses, siégeant dans le bassin et la partie inférieure de l'abdomen. Ces souffrances avaient commencées en 1892. Elles duraient d'abord quatre jours, disparaissaient pour revenir tous les mois. Depuis plusieurs semaines elles étaient continuelles. Le ventre avait progressivement augmenté de volume.

Jeune fille bien développée. Dans la partie inférieure de l'abdomen on découvre une tumeur ayant les dimensions d'un utérus au sixième mois de la grossesse, arrondie, mate et fluctuante.

Absence de vulve. Tout l'espace compris entre l'urètre et l'anus était occupé par une masse ferme, charnue, sans trace d'hymen ou de vagin. Aucun bombement comme celui qu'on observe dans l'imperforation de l'hymen, aucune trace d'inflammation ou de ramollissement.

Au toucher rectal, on constate à 6 centimètres de l'anus, une collection fluctuante. Impossibilité de sentir un col utérin. Pas de tissu entre vessie et rectum. Donc vagin absent.

Opération le 17 avril. — Incision transversale au-dessous du méat urinaire, creusement du vagin à l'aide des ciseaux et du doigt, un cathéter étant dans la vessie et l'index gauche dans le rectum. Arrivé à une faible distance de la collection, on y plonge un trocart. L'ouverture est rapidement élargie, et on évacue une grande quantité de sang poisseux. Lavages antiseptiques. (La malade a été revue au bout de plusieurs mois.) La dilatation faite pendant quinze jours, a donné un résultat satisfaisant, et le nouveau canal n'a aucune tendance à se rétrécir.

Observation IV

(Riedinger, *Wien. Med. Woch.*, 1886)

Jeune fille de seize ans, présentant tous les phénomènes de rétention des règles. Absence presque totale du vagin.

Première opération. — La muqueuse du cul-de-sac vulvo-vaginal est incisée transversalement sur une longueur de 5 centimètres et 1/2, puis on pénètre avec le doigt à 3 centimètres de profondeur. Ponction exploratrice et dilatation de l'orifice ainsi créé. Celui-ci se rétrécit et se referme rapidement.

Deuxième opération. — Réouverture du canal, on blesse la vessie au cours de l'intervention. La plaie faite à celle-ci est suturée et se ferme.

Troisième opération. — On recommence en pénétrant entre vessie et rectum, à l'aide d'instruments mousses; évacuation de la collection sanguine; suture de la poche à l'orifice du col utérin artificiellement créé. Guérison définitive.

Un hémato-salpinx, constaté au moment de la première opération s'évacue spontanément et totalement par le néo-vagin.

Observation V

(Résumée)

(Dr Mollière)

Femme de vingt et un ans, mariée. Entre à l'Hôtel-Dieu, à Lyon, le 22 février 1879. Depuis l'âge de dix-sept ans elle ressentait tous les malaises qui accompagnent d'ordinaire les menstrues, sans que l'écoulement sanguin eut lieu. Le coït était impossible.

Bien conformée. Aspect féminin. Organes génitaux externes normaux, mais pas de traces d'orifice vaginal. L'éxamen montre qu'on a affaire à une absence congénitale avec rétention menstruelle. Création d'un vagin artificiel. A l'aide du bistouri, une incision transversale fut pratiquée, passant immédiatement au-dessous du canal de l'urètre et étendue de la racine d'une petite lèvre à l'autre. L'index gauche dans le rectum, une sonde dans la vessie, la dissection est poursuivie à petits coups à l'aide du bistouri, de ciseaux mousses et du doigt. Pendant ces manœuvres, des vaissaux volumineux sont sectionnés et pincés. On arrive ainsi jusqu'au col dont ont on reconnaît l'orifice. Une mèche de charpie est introduite dans le vagin qui a 8 centimètres de long et admet deux doigts. Le lendemain, on place un tube de verre pour dilater.

Le cinquième jour après l'opération, menstruation abondante sans douleur.

Le 5 avril, un mois après l'opération, la malade sort pour enterrer son mari. Elle néglige l'introduction quotidienne, dans son vagin, d'une sonde prescrite dans cette intention.

Le 25 juin, elle rentre de nouveau à l'Hôtel-Dieu. Le nouveau vagin, très rétréci, est dilaté avec des éponges préparées. Le 29 août elle quitte l'hôpital avec la recommandation de continuer à introduire chaque jour des corps dilatants et les garder à demeure. La guérison ne s'est pas démentie.

Observation VI

(Polaillon)

Marie P... vingt et un ans. Parents bien portants. Excellente santé. A quinze ans commence à souffrir dans le ventre,

présente depuis les signes de la menstruation sans écoulement de sang.

Le 10 mai, à l'examen, bien constituée. Tous les attributs extérieurs du sexe. Organes génitaux extérieurs normaux. Mais pas d'orifice vulvaire qui est remplacé par un plan résistant. La palpation du ventre fait reconnaître une tumeur bien arrondie, mobile, située entre le pubis et l'ombilic. Par le toucher rectal, on trouve à une profondeur de 8 à 9 centimètres l'extrémité inférieure de cette tumeur. Si, en même temps que le doigt est placé dans le rectum, on introduit une sonde dans la vessie, on sent que la sonde n'est séparée du doigt que par une mince couche de tissu dans laquelle on ne rencontre aucun cordon fibreux indiquant la trace du vagin.

Diagnostic : Absence complète de vagin, avec douleurs menstruelles régulières et rétention des règles.

23 mars. — Création d'un vagin. Avec le doigt, je déprime en cul-de-sac la muqueuse au niveau du point où doit se trouver l'entrée vaginale ; puis j'incise transversalement au fond du cul-de-sac. En agissant par la pression du doigt, je dédouble la paroi recto-vésicale. Une sonde dans la vessie et un doigt dans le rectum, indiquant la direction suivie, je creuse ainsi un large canal de la longueur de l'index et qui arrive au voisinage de l'utérus, très mobile. Pour ne pas m'exposer à ouvrir le péritoine, je ne pousse pas plus loin l'opération. Les adhérences qui s'établiront autour de la plaie fixeront l'utérus et me faciliteront l'accès jusqu'à lui.

La plaie est irriguée avec une solution phéniquée et le trajet rempli de tampons iodoformés, maintenus par un bandage en T.

Les deux jours qui suivent, retention d'urine. Cathétérisme. Suites de l'opération, excellentes. Pas de douleurs abdomi-

nales. Sauf les premiers jours, les fonctions vésicales et rectales s'accomplissent sans douleur.

15 avril. — On continue à creuser le cul-de-sac vaginal jusqu'au col utérin qui, ne présentant pas d'orifice est incisé sur une longueur d'un centimètre et demi. Ecoulement d'un quart de verre d'un liquide noirâtre sans odeur. Les suites de cette deuxième opération furent aussi simples que celles de la première.

Pour empêcher la rétraction du conduit vaginal, les tampons de gaze sont remplacés par un faisceau de cinq drains en caoutchouc rouge, gros comme le petit doigt. Ce cylindre a été porté pendant quatre mois et, malgré lui, il y a eu un peu de rétraction. Il fut ensuite remplacé par un pessaire à air que l'on dilatait après l'introduction.

Le 13 novembre, au moment où Marie P. quittait la Pitié, le vagin dont elle était pourvue permettait la copulation. Elle n'était pas réglée, mais les douleurs excessives, qui, avant l'opération accompagnaient chaque période menstruelle étaient remplacées par un malaise fort supportable.

Observation VII

(More, Madden, *Lancet*, 1890)

Jeune fille de dix-sept ans, entrée le 16 août 1889. Jamais réglée. Depuis trois ans souffre tous les mois de vives douleurs dans le bas-ventre. On sentait dans la région de l'utérus une tumeur du volume du poing. L'examen sous le chloroforme fait reconnaître une absence du vagin dans ses deux tiers antérieurs. L'hymen est intact. Les organes génitaux externes et les seins bien développés. Opération le 7 novembre. Incision en H, la branche transversale passant à égale dis-

tance de l'anus et de l'urètre, les deux verticales longeant les petites lèvres. On pénètre avec les précautions habituelles jusqu'à six pouces de profondeur. On ne découvre pas trace de col. Ponction avec un bistouri dans la partie la plus accessible de l'utérus. On enfonce un cathéter dans la cavité de celui-ci. Evacuation de sang.

Diminution de la tumeur abdominale. Lavages. Drains à demeure. Tamponnement iodoformé. Néanmoins, le nouveau canal a d'emblée une grande tendance à se rétrécir. Au bout de dix jours se produit une forte décharge sanguine, depuis la malade est restée bien portante.

Observation VIII

(Azema. — *Annales de gynécologie,* mars 1893)

Le 3 septembre 1891, je fus mandé auprès d'une jeune mulâtresse de quatorze ans, qui souffrait de douleurs atroces du ventre et qui n'avait jamais été réglée. Déjà, un mois auparavant, elle avait pour la première fois éprouvé les mêmes douleurs, mais moins intenses. Aucune perte de sang ne s'était manifestée, mais son ventre était resté gros.

Pas d'antécédents personnels. — Aucune malformation des organes génitaux chez ses ascendants. La jeune fille est bien musclée. Les seins sont normalement conformés. Les organes génitaux externes sont ombragés de poils assez abondants. Les grandes lèvres sont bien conformées. Les petites ne sont représentées que par une crête de deux à trois millim. de hauteur. Le clitoris et le méat urinaire sont parfaitement visibles et normalement situés. La fourchette est dessinée. La fossette naviculaire est à peine déprimée.

Il n'existe pas d'orifice vaginal. Le tissu muqueux qui recouvre les petites lèvres se continue sans interruption sur la ligne médiane, formant une membrane épaisse qui obture l'entrée vaginale. Cette membrane ne saurait être confondue avec l'hymen, car elle est située sur un plan plus antérieur que celui-ci. La partie sous-ombilicale de l'abdomen est augmentée de volume. Le palper délimite assez exactement dans cette région une tumeur arrondie située sur la ligne médiane et remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le toucher rectal permet de percevoir cette tumeur volumineuse, dure, lisse, qui tombe dans le rectum. Le doigt ne peut parvenir à la circonscrire par en haut. Elle transmet au doigt mis dans le rectum les mouvements de déplacement que lui imprime la main posée sur l'abdomen. La vessie, à l'état de plénitude, est refoulée en haut et en avant. L'urètre et le rectum se touchent, n'étant séparés que par une cloison peu épaisse, disposition rendue évidente par une sonde introduite dans l'urètre et un doigt dans le rectum.

Absence complète du vagin avec conservation de l'utérus en état de rétention de sang menstruel. Tel était le diagnostic qui s'imposait. Il était nettement indiqué d'intervenir. Les douleurs atroces, la possibilité soit d'une rupture utérine, soit de la pénétration dans le péritoine de ce molimen par les trompes peut-être dilatées, justifiaient notre intervention, qui fut pratiquée le lendemain.

La malade étant endormie et les précautions antiseptiques étant prises, la jeune fille est placée sur le bord du lit dans la position obstétricale. Le doigt gauche étant mis dans le rectum, une sonde maintenue dans l'urètre, par un aide, sont les points de repaire qui nous guideront. Une incision verticale partant de 3 millimètres au-dessous du méat urinaire et s'arrêtant à la fosse naviculaire est pratiquée sur la membrane qui obture l'entrée vaginale. Cette membrane épaisse,

ainsi fendue verticalement, permet l'introduction du doigt. Dès lors, tantôt déchirant avec les doigts les tissus peu résistants, tantôt sectionnant avec le bistouri les brides fibreuses qui résistent à l'action du doigt et de la sonde cannelée, nous finissons par créer entre la vessie et le rectum une voie pouvant admettre l'index et le médius, et pouvant avoir de 6 à 7 centimètres de profondeur. Les bandes fibreuses qui crient sous le couteau sont au nombre de 3. La première est à 2 centimètres de la vulve, la dernière limite la tumeur. A l'extrémité de ce tunnel nous sentons l'utérus gonflé sous notre doigt. Il nous est impossible de découvrir le col. Au moyen d'un fin trocart nous ponctionnons cette tumeur. Il s'en écoule un liquide sanguin noirâtre, sirupeux. Aucune pression n'est exercée sur cette tumeur que nous laissons se vider lentement par l'étui du trocart qui reste à demeure pendant vingt-quatre heures. Le vagin, ainsi constitué, est bourré de tampons antiseptiques que maintient un bandage en T.

Les suites de cette opération furent extrêmement favorables. Mais si elle avait satisfait à l'indication pressante, qui était de vider l'utérus, de calmer les douleurs et de prévenir ces dangers éminents, il restait à pratiquer une intervention complémentaire destinée à mettre les organes en état de fonctionner normalement dans l'avenir. Il fallait, en un mot, agrandir la voie vaginale, aller à la recherche du col et s'assurer de son intégrité.

Le 16 septembre, la jeune fille fut endormie à nouveau. Opérant avec les mêmes précautions pour ne pas léser la vessie et le rectum, il fut possible d'obtenir un élargissement du vagin tel, qu'un spéculum bivalve de Cusco put y être introduit. Il fut impossible, malgré les délabrements péri-utérins, de sentir avec le doigt et de voir à travers le spéculum l'orifice du col utérin.

Dans ce but de recherche, nous fûmes conduits à décoller

avec l'angle le péritoine en avant et en arrière de l'utérus, dans une très faible étendue.

Nos investigations demeurèrent infructueuses. Le toucher, fait avec minutie par le rectum, ne nous renseigna pas davantage. Il est évident que le col, s'il existait, devait être bien anormalement placé.

Des tampons de gaze iodoformée comblèrent le vagin. Les jours qui suivirent ne furent traversés par aucun accident. La température se maintint entre 37° et 37°7. Un peu de sensibilité au bas-ventre pendant deux ou trois jours, puis tout rentra dans l'ordre. Les pansements à la liqueur de Van-Swieten et à la gaze iodoformée furent renouvelés tous les jours.

Les choses marchèrent ainsi jusqu'au 7 octobre, où la malade fut reprise de phénomènes douloureux de la menstruation. Dans la nuit du 18 au 19, son utérus commença à grossir. Le 20, il avait acquis le volume de deux poings.

Par le spéculum que nous introduisons, mais cette fois avec difficulté, car les parois cruentées du vagin tendent à revenir sur elles-mêmes, nous apercevons l'utérus bombant, rouge au fond du tunnel que nous avions sculpté. Nous cherchâmes, sans la trouver, la place où un mois auparavant avait pénétré notre trocart. Une nouvelle ponction utérine dans l'axe du vagin fut exécutée. L'étui du fin trocart resta à demeure et donna issue au molimen hémorragique. Toutes les précautions furent prises pour éviter l'entrée de l'air dans le foyer. L'utérus se vida lentement. Le pansement fut renouvelé le lendemain, mais l'instrument ne fut pas retiré.

Lorsque, au bout du troisième jour, l'utérus fut revenu sur lui-même, que tout le sang avait été évacué, nous fîmes, sur la paroi interne de chaque côté de l'étui du trocart, une incision au bistouri. Nous avions, de cette façon, agrandi l'orifice du trocart, que nous retirons alors pour le remplacer par un

bout de sonde en caoutchouc, répondant au n° 14 de la filière Charrière. Cette sonde, qui ne resta pas toujours en place, rejetée qu'elle était par la contraction utérine, était chaque matin lavée et introduite. Au bout de dix-huit jours, la fistule était constituée, mais son calibre avait diminué et on ne pouvait guère introduire qu'une sonde répondant au n° 10 ou 11 de la filière.

Pendant ce temps, le vagin se tapissait de bourgeons charnus et perdait de sa largeur.

La coarctation augmentant, il serait fatalement arrivé un moment où, à une menstruation ultérieure, nous nous serions trouvé aux prises avec les mêmes difficultés. Aussi fîmes-nous une dernière intervention consistant à mettre sur les bourgeons charnus du vagin des greffes prises à la vulve. La face interne de chaque grande lèvre fournit à la paroi vaginale correspondante un lambeau de forme quadrilatère. Ce lambeau resta adhérent à la grande lèvre par un côté du quadrilatère qui ne fut pas sectionné.

Le lambeau fut amené par glissement dans le vagin où il fut établi sur les bourgeons charnus et fixés par quelques points de suture. Dix jours après, la même opération fut recommencée sur la paroi inférieure qui reçut un lambeau de la fourchette. Pour la paroi supérieure, les greffes latérales devaient, en se rencontrant, lui fournir un revêtement épithélial, les petites lèvres atrophiées ne pouvant lui assurer un lambeau. Les greffes nourries par leur pédicule ne se sphacélèrent pas et, au bout d'un mois, l'on put voir se dessiner sur la paroi vaginale des traînées blanchâtres de tissu épithélial. Sur ces entrefaites, une nouvelle menstruation douloureuse s'était produite, mais le sang avait été évacué par l'orifice utérin que notre trocart avait créé.

Six semaines après l'application de ces greffes, le vagin semble, dans presque toute son étendue, être revêtu d'un

tissu protecteur. Mais combien il avait diminué de calibre. Il n'admettait plus que l'introduction de l'index et du médius. Nous essayâmes de le dilater matin et soir avec les doigts et les tampons.

Nous engageâmes la malade à répéter elle-même les séances de dilatation.

Nous la revîmes en avril 1892, c'est-à-dire quatre mois après. La menstruation s'était produite trois fois chez elle. Elle avait toujours été douloureuse. Mais le sang avait toujours été évacué par le vagin. Celui-ci n'admettait plus que le médius. En novembre 1892, nous avons une dernière fois revu notre opérée dans le même état.

Observation IX

(Tuffier)

J'ai opéré le 7 juin 1892, à Beaujeon, une jeune Italienne de seize ans. Cette jeune fille portait depuis plusieurs mois une tumeur abdominale du volume d'une tête de fœtus, siégeant entre le pubis et l'ombilic. Cette tumeur devenait douloureuse et augmentait chaque mois à époque fixe. La malade n'avait jamais été réglée. Je pense de suite à un hématomètre par imperforation du vagin. Les organes génitaux externes paraissent normaux et le toucher vaginal permettait l'exploration d'une cavité limitée par un anneau contractile, serrant un peu le doigt, et au fond de laquelle on sentait la tumeur abdominale, lisse et arrondie. Je fis mettre une grosse laminaire pour dilater cette cavité avant d'opérer la malade.

Le lendemain, à l'examen, je vis, en écartant les grandes lèvres, un large orifice dans lequel je ne retrouvai plus la laminaire. Mais, introduisant mon index plus profondément

au delà de l'anneau contractile et très dilatable, je retrouvai le corps étranger placé transversalement dans la vessie. Je reconnus alors que le prétendu vagin n'était qu'un urètre dilaté par l'usage, mais continent.

Je pratiquai alors une incision verticale au-dessous de cet urètre et, après avoir incisé le périnée entre le rectum et la vessie dans l'étendue de 8 à 10 centimètres, je tombai sur une poche que j'ouvris, que je vidai de ses caillots et que j'abaissai pour venir la suturer à la peau du périnée, autour de mon incision. Ce vagin de nouvelle formation se rétrécit et, malgré une deuxième intervention le 8 novembre 1892, je ne suis arrivé qu'à créer un trajet pour l'écoulement du sang de la menstruation, car ma malade continue à préférer, pour ses rapports sexuels, son ancien urètre à mon nouveau vagin.

Le résultat définitif est très précaire. L'orifice vaginal est si étroit qu'il n'admet qu'un stylet.

Observation X

(Tédenat. — *Nouveau Montpellier Médical*, 1893. II)

J'ai eu l'occasion d'observer une femme forte, robuste, qui, à l'âge de treize ans, avait éprouvé des coliques dans les deux côtés du ventre, et quelques douleurs dans les reins. Ces phénomènes ne s'étaient pas accompagnés d'écoulement sanguin. Puis elle s'était mariée et ses rapports sexuels avaient été très difficiles.

Par l'examen on constate que l'urètre n'est pas dilaté, que l'orifice vulvaire conduit à une cavité profonde de 4 à 5 centimètres, qu'il existe un utérus piriforme et des ovaires. Cette malade a remarqué qu'à chaque période menstruelle très douloureuse, l'utérus augmente de volume, sans qu'il y ait

d'hémorragie externe. Avec beaucoup de précaution et lentement, j'arrive à pratiquer à travers les tissus un conduit qui me permet d'atteindre le col. Je fais le cathétérisme de la cavité utérine; il en sort du sang noirâtre.

Lorsque je l'examinai de nouveau, l'utérus me parut avoir diminué de volume. La malade partit, et, pendant quatre à cinq mois, elle a eu une menstruation constituée par quelques gouttes de sang. Mais le vagin que j'avais créé artificiellement, n'ayant pas été maintenu dilaté, s'est peu à peu rétréci. Les douleurs ont repris.

Observation XI

(Dumitrescu. — Thèse de Paris, 1896)

X... (Marie), dix-neuf ans, entre, le 24 mars 1893, à Laennec.

Antécédents. — Cette malade a eu deux sœurs mortes : l'une de fièvre typhoïde à seize ans, l'autre à la suite d'abcès multiples. Elles n'avaient jamais été réglées. Vers l'âge de dix-sept ans, la malade elle-même a ressenti, pour la première fois, de vives douleurs de la tête, dans les reins et le bas-ventre. Ultérieurement, ces symptômes se sont reproduits tous les mois. Ces douleurs, qui duraient trois à quatre jours ordinairement, s'accompagnaient de vomissements verdâtres assez abondants.

C'est à dix-huit ans, c'est-à-dire un an plus tard, que la malade a commencé à ressentir, en même temps que les autres symptômes, de vives douleurs dans la jambe gauche. Ces douleurs spontanées, augmentant par les mouvements, se sont depuis reproduites tous les mois, accompagnant toujours les

douleurs lombaires et les douleurs abdominales qui, dès lors, ont pris, dans la fosse iliaque droite, une intensité toute particulière.

Le 24 mars, la malade entre pour la première fois à l'hôpital et en sort le 27 avril. Dans ce laps de temps, une crise s'étant produite, et comme un point particulièrement douloureux existait vers l'épine iliaque antérieure et supérieure droite, incision jusqu'à cette épine. On ne trouve pas de pus.

Le 16 mai, la malade entre pour la deuxième fois à l'hôpital et en sort le 6 juin. Toujours mêmes symptômes.

Elle revient une troisième fois le 31 juillet. On apprend alors, qu'elle n'était pas réglée. L'examen au spéculum montre une vulve régulièrement conformée, mais un hymen imperforé.

Le 22 août, incision de l'hymen. On constate alors une absence totale de vagin. Décollement assez laborieux de tissus cellulaire entre la vessie et le rectum. La nouvelle cavité est comblée avec de la gaze iodoformée. Bientôt les tissus se réunissent et une nouvelle intervention est jugée nécessaire. Le décollement est alors poussé plus loin, et on arrive sur une masse dure qu'on reconnait être l'utérus. Dans le vagin ainsi formé on place à demeure un drain très gros. Bientôt celui-ci tombe et la cavité tend à se refermer. Depuis ce moment, on dilate tous les jours avec le doigt, mais la tendance au rétrécissement est très accusée.

Enfin, les règles ne sont pas apparues, et tous les mois la malade présenta les signes analogues à ceux qu'elle accusait à son entrée à l'hôpital. Aussi, après avoir créé un vagin, et maintenu ce vagin dilaté, M. Gérard Marchant, notre Maître, a-t-il pensé qu'il y avait mieux à faire, puisque la malade continuait à souffrir au moment de ses époques. Il chercha si, dans le fond du vagin, il ne pourrait pas aboucher le col utérin. Toutes les manœuvres vaginales, en s'aidant de la

palpation et du refoulement utérin par l'abdomen ou le rectum, étant restées infructueuses, il fit une laparotomie.

Après avoir découvert l'utérus, il constata que cet utérus était rudimentaire et les ovaires minuscules. Il repoussa l'utérus saisi à pleine main par son fond vers le vagin; puis, avec une pince fixatrice, il saisit les tissus, la portion correspondant au col utérin, et l'attira dans le cul-de-sac vaginal. Ne pouvant l'y fixer, il laissa la pince à demeure pendant quatre heures, après s'être assuré, par un travail d'approche avec le doigt, que le col utérin était bien au fond du vagin.

Les suites opératoires ont été des plus simples. Cette malade n'a plus souffert et elle a eu ses règles. Une fois le maître a constaté l'écoulement sanguin : il s'est réduit à une tache, ayant les dimensions d'une assiette, et a duré un jour.

Depuis, la malade a eu un suintement sanguin, que les surveillants ont constaté, 10 et 11 décembre, douleur de ventre, vomissements et apparitions de taches sanguines, le premier jour peu appréciables, le deuxième jour plus nettes, puisque la malade en compare les dimensions à celles de plusieurs pièces de cent sous. Dans l'intervalle des règles elle ne souffre plus du ventre et n'a pas de pertes.

Observation XII

(Decio, *Associat. médicale Lombarde*, janvier-février 1896)

(Hémato-salpinx, avec hématomètre, par absence complète du vagin)

Jeune fille de dix-neuf ans qui n'a jamais été réglée. Depuis l'âge de onze ans, les fonctions menstruelles se sont manifestées uniquement par des douleurs abdominales, survenant à peu près régulièrement tous les mois, et suivies de grande prostration des forces.

Depuis quelques années, elle avait remarqué l'existence d'une tuméfaction dans la région hypogastrique, localisée au siège même de la douleur. A l'inspection, on trouve l'abdomen un peu distendu à sa partie inférieure, où la palpation révèle une tuméfaction diffuse, difficile à délimiter à cause de la douleur qui accompagne l'exploration. Cette masse non mobilisable est rénitente et un peu fluctuante vers ses extrémités qui s'avancent de chaque côtés, jusqu'aux éminences iléo-pectinées ; sur la ligne médiane, elle présente une zone déprimée, située à trois travers de doigts au-dessus de la symphise et donnant à la percussion une résonnance obscure. A l'inspection des organes génitaux externes normaux en apparence, on trouve, à la place de l'hymen, une petite zone ovale, imperforée, de coloration normale et ne présentant pas la saillie qui se voit ordinairement dans les cas d'hématocolpos. L'orifice externe de l'urètre occupe sa situation normale. Au toucher rectal et en suivant la paroi antérieure, le doigt arrive, à 9 centimètres de profondeur, sur une masse arrondie grosse comme une noix, qui, en raison de son siège sur la ligne médiane et de son prolongement piriforme, est reconnue pour le col de l'utérus. Sur les côtés, on trouve les masses déjà perçues au palper et qui ne sont autres que les trompes.

Le diagnostic est donc : Absence du vagin et hématomètre avec hémato-salpinx bilatéral. L'auteur cherche alors à créer une issue pour le sang retenu dans l'utérus et les trompes, mais après incision transversale de la zone correspondant à l'hymen, il ne trouve aucune cavité rappelant, même de loin, un vagin rudimentaire. Les dilatateurs et le doigt ne pénétrant pas à plus de 4 centimètres de la brèche, il se décide alors à enlever les annexes par la voie abdominale.

Laparotomie : La malade étant dans la position de Trende-

lenbury, l'utérus apparaît augmenté de volume comme au troisième mois de la grossesse. De nombreuses vésicules formées par les exsudats séreux enkystés cachent les annexes. Une fois ces vésicules enlevées on découvre la trompe gauche, grosse comme le poing, contournée sur elle-même et adhérente à l'excavation : La trompe droite offre des caractères analogues mais moins prononcés.

La salpingectomie double est suivie d'une guérison complète, et l'utérus ne tarde pas à reprendre ses dimensions normales.

Observation XIII

(Donnée par M. Bartoli, chef de clinique des hôpitaux de Marseille)

Agée de dix-huit ans. Entrée le 12 janvier 1900. Profession, caoutchoutière. Rougeole dans l'enfance. Fièvre typhoïde à quatorze ans, assez grave. Fièvre intermittente d'une durée de deux mois. La malade est bien constituée.

Au mois d'avril, elle ressentit des douleurs dans les reins, au bas-ventre et à la racine des membres inférieurs. Cette indisposition, assez sérieuse, dura plusieurs jours.

A l'examen extérieur : on remarque dans la fosse iliaque droite, près de la ligne médiane, une tumeur arrondie, de la grosseur d'une orange; à la percussion, la tumeur nous donne de la matité dans sa moitié inférieure, de la sonorité à sa partie moyenne, légère matité à sa partie supérieure. L'examen des organes génitaux externes ne nous révèle rien d'anormal, sinon que le vagin est diminué dans ses dimensions ; il présente à peine 2 centimètres et demi de longueur. Le doigt, introduit dans cette cavité, est arrêté par une tumeur située à son extrémité supérieure et donnant

une sensation nette de fluctuation. Le toucher rectal fournit les mêmes sensations.

La malade fut opérée le 19 juin 1900. On fit une ponction vaginale avec l'aspirateur Potain-Dieulafoy. On retira plus d'un litre de liquide couleur chocolat. On incisa, dans la même séance, la membrane qui cloisonnait le vagin en deux parties ; on assiste à l'issue d'une nouvelle quantité de sang. On irrigue avec de l'eau bouillie et stérilisée. Cette cavité vaginale a des parois plissées et muqueuses. Tout à fait en haut, on aperçoit une saillie qu'on prendrait volontiers pour le col de l'utérus, mais on ne sent pas de repère précis. On maintient ouvert ce nouveau vagin par des tampons de gaze.

Les règles reviennent abondantes dans le courant du mois de juillet.

La malade revint de nouveau à l'hôpital pour la fièvre paludéenne. A l'examen, sa paroi abdominale était souple. La tumeur avait définitivement disparue. Son vagin ne s'était nullement rétréci.

Observation XIV

(Orale, due au docteur Mondot, chirurgien de l'hôpital d'Oran)

Pendant notre internat à l'hôpital civil d'Oran, nous assistions à une opération, dans le service du docteur Mondot, sur une jeune dame mariée depuis six mois. Cette femme, d'origine Espagnole, très bien constituée avait une atrophie du vagin. Elle réclamait une intervention pour rendre possible un coït à peu près normal. Le chirurgien, avec les ciseaux courbes et les doigt, augmenta très sensiblement la longueur du vagin ; mais, malgré les dilatations faites, les sur-

faces cruentées se réunirent, et la malade garda son infirmité. M. le docteur Mondot, pour qui nous avons la plus grande estime, nous raconta alors qu'il avait, quelques mois auparavant, en octobre 1899, opéré une jeune fille de dix-sept ans. Cette jeune personne ressentait, depuis deux ans et une fois par trimestre, à peu près régulièrement, des troubles pré-menstruels; douleurs de reins, pesanteur dans le bas ventre, et des épistaxis assez abondantes. Sa mère inquiète la fit examiner par le docteur Mondot. Le praticien reconnut une imperforation de l'hymen ; les organes génitaux internes (utérus et ovaires) étaient de conformation normale. Il pratiqua l'opération indiquée. Il n'y eut aucune complication opératoire.

La jeune fille se maria, quelque temps après, et devint mère d'un garçon très bien conformé. L'accouchement fut normal.

CHAPITRE V

THÉRAPEUTIQUE

Nous n'envisagerons dans ce chapitre que le traitement des absences du vagin avec phénomènes de rétention menstruelle.

Nous laisserons de côté les considérations morales qui pourront se présenter à l'esprit du chirurgien, quand il se trouve en présence de cas spéciaux où l'indication opératoire n'est pas formelle, et nous ne nous préoccuperons pas des malformations congénitales qui n'entraînent pas chez la malade d'accidents sérieux.

Ce qui nous intéresse, dans notre modeste travail, c'est de connaître la conduite à tenir en présence d'une malade présentant des phénomènes de rétention menstruelle, et les différentes méthodes qui constituent la thérapeutique des malformations vaginales, qui entraînent de semblables accidents. Nous indiquerons, en passant, la conduite à tenir dans les malformations du vagin avec phénomènes de molimen menstruel, c'est-à-dire dans les absences totales de vagin, avec un utérus rudimentaire, et des ovaires bien constitués. Nous passerons absolument sous silence les absences totales des organes génitaux internes et de vagin. La conduite, dans ces cas-là, est liée à une question de circonstance, que le chirurgien doit juger dans sa conscience, et nous ren-

voyons pour cette étude aux thèses de Baudry (Bordeaux 93-94) et de Dumitrescu (Bordeaux 1896).

Rappelons simplement ce que le professeur Lefort dit au sujet des femmes désespérées du vice de conformation dont elles sont atteintes, et qui réclament éperdument une intervention qui leur permette de pratiquer le coït.

Voici l'opinion de Lefort : « Les opérations faites pour permettre le coït sont, sans doute, ce qu'on appelle des opérations de complaisance. Mais il est des circonstances où une opération de complaisance est presque une opération de nécessité. Nous connaissons des cas où le chirurgien a dû se rendre aux désirs de la malade, qui, tout en sachant bien ne pas pouvoir devenir mère, voulait au moins rester épouse, ce qu'elle n'avait pu encore devenir dans l'acception matérielle du mot. Nous connaissons un cas où un chirugien des plus expérimentés a dû, pour céder aux prières et aux larmes de la malade, créer un vagin artificiel en ouvrant le canal de l'urètre jusqu'au col vésical, exclusivement de telle sorte que ce vagin n'avait pour aboutissant que la vessie. Il n'y a pas ici de règles à poser : c'est dans chaque cas une question de circonstance que le chirurgien doit juger dans sa conscience. »

Quand on est appelé auprès d'une malade présentant des phénomènes de rétention menstruelle, l'indication formelle et urgente est de donner issue au liquide contenu dans la poche.

Et tous les auteurs sont d'accord sur ce point, que l'on doit intervenir aussi rapidement que possible, avant même que l'utérus ne soit arrivé à former une poche volumineuse et que les trompes ne soient dilatées. Mais il faut aussi prévenir les accidents, c'est-à-dire maintenir l'orifice ouvert de la poche, et créer, si possible, un canal spacieux, par lequel l'écoulement menstruel puisse se faire : L'opération de choix est celle qui consiste à créer un vagin artificiel. En général, comme dans

ces cas-là il s'agit d'absences partielles du vagin, l'opération n'offre pas de grandes difficultés. Mais il ne faut pas perdre de vue les complications possibles du côté des trompes, la facilité de l'infection de la poche. Les procédés antiseptiques diminuent singulièrement nos craintes du côté de l'infection, car on compte aujourd'hui les cas malheureux.

En dehors de l'hémato-salpingite, de la rupture possible de la trompe et de la pénétration du sang dans le péritoine, une dernière raison milite en faveur de l'intervention. Nous avons vu, en effet, que le sang peut s'altérer, et même passer à l'état de pus. D'autre part, la seule stagnation du sang n'est pas indifférente, et Mathews Dunca a relaté des cas de septicémie et de péritonite survenant par suite de rétention du sang menstruel, qui ressemblaient beaucoup à la fièvre puerpérale, dans lesquels il n'y avait ni rupture, ni écoulement de liquide par les extrémités ouvertes des trompes de Fallope.

Il n'est pas fréquent que les accidents de rétention arrivent à un tel degré et que les trompes soient dilatées à ce point. Mais, quand le fait se produit, quelle est la conduite du chirurgien ?

La plupart des auteurs conseillent d'ouvrir d'abord l'hématomètre. Riedinger est d'un avis opposé, parce que, dans un cas où il avait pratiqué la salpingectomie, après avoir créé une voie vaginale pour l'évacuation du sang, il y eut périmétrite septique suivie de la formation d'adhérences extrêmement étendues et résistantes, qui rendirent la laparotomie très difficile. Pozzi préfère l'intervention par le vagin.

La laparotomie s'impose d'emblée, quand la création d'un vagin artificiel offre de trop grandes difficultés en raison de la minceur de la cloison recto-urétrale, ou de l'impossibilité de s'ouvrir un chemin jusqu'à l'utérus sans blesser les organes voisins.

Voyons maintenant quelle est la conduite à tenir dans les

cas où l'absence du vagin est accompagnée de phénomènes de molimen menstruel. Dans ces conditions, l'utérus n'est pas cliniquement appréciable, et les douleurs dysménorrhéïques, se reproduisant périodiquement, indiquent l'existence d'ovaires qui fonctionnent bien. L'indication, sans être aussi pressante, est aussi nettement indiquée, et l'opération n'est autre que la castration ovarienne qui a donné des résultats heureux dans les mains de Tauffer, Langebeck, Peaslée, Kleimvœchter. Plus récemment, Strauch et Duvelins rapportent des opérations de ce genre, dans lesquelles les ovaires renfermaient des corps jaunes et des cicatrices.

Cependant, Boursier rapporte une observation dans laquelle, malgré l'intervention, la malade continua à souffrir, après quelques mois, d'une façon aussi périodique qu'auparavant. Partant de là, Boursier établit comme règle qu'il faut, dans les malformations vaginales accompagnées de dysménorrhée sans rétention menstruelle, distinguer et recourir, suivant les circonstances, à la création du vagin artificiel ou à la castration de Battey. La première s'impose toutes les fois que, dans une absence complète du vagin, l'utérus paraît assez développé pour qu'on puisse espérer ensuite le rétablissement presque complet des fonctions génitales. La seconde est indiquée quand l'utérus n'est pas cliniquement reconnu et qu'il est trop rudimentaire pour qu'il puisse se développer dans la suite.

CHAPITRE VI

TECHNIQUE DES DIVERSES MÉTHODES

Nous ne nous arrêterons pas à la méthode de Lefort, qui créa un vagin artificiel par l'électrolyse, pas plus qu'au procédé de Sneguireff (de Moscou), qui consiste à remplacer le vagin par l'anus et le bout inférieur du rectum. C'est un tour de force chirurgical qui présente pour la malade de sérieux dangers, et dont le résultat peut ne pas être toujours favorable. Nous renvoyons, pour l'étude de cette curieuse intervention, aux *Annales de Tocologie* de 1892 (p. 568.)

Les deux méthodes de restauration du vagin sont l'incision et l'autoplastie.

Nous avons vu, dans les diverses observations que nous citons, en quoi consiste le procédé ancien de l'*Incision*. On incise le fond du vagin en se guidant sur un doigt introduit dans le rectum, et sur un cathéter placé dans la vessie. Puis on décolle jusqu'à ce qu'on soit arrivé à la tumeur s'il y a rétention, ou au col de l'utérus, si celui-ci n'est pas distendu.

L'inconvénient de l'incision simple réside dans ce fait, que le vagin ainsi créé se rétrécit fatalement. Aussi a-t-on abandonné ce procédé. Les tissus sectionnés au bistouri ou aux ciseaux se réparent rapidement, la cicatrice est très rétractile et le bénéfice obtenu est nul ou insignifiant.

Aussi, à l'incision simple on a substitué l'*incision combinée au refoulement*, méthode qui emprunte à la fois à Amussat et à Dupuytren, et dans laquelle le bistouri crée la brèche au doigt qui refoule, écarte les organes voisins et constitue, en place voulue, un vagin de dimensions suffisantes.

Au fond d'un vagin imperforé, ou au centre d'une vulve fermée, on incise transversalement pour respecter l'urètre et la vessie d'un côté, le rectum de l'autre. A l'aide des doigts on creuse un chenal en refoulant les tissus dans tous les sens. On va ainsi jusqu'à la poche s'il y a hématomètre, jusqu'au col qu'on cherche à reconnaître, si l'utérus n'est pas dilaté. Dans le premier cas, on ponctionne la poche et on remplace le trocart par la sonde cannelée. Si l'utérus est très distendu, on vide la poche très lentement en laissant la cannule à demeure. Dans le second cas, on cherche l'orifice du col avec la sonde, et, si celle-ci rencontre un orifice, on incise à droite et à gauche sur la sonde, de manière à élargir l'orifice de communication.

L'opération est moins simple quand l'utérus n'est pas distendu, les recherches manquent de points de repères, et l'opération n'est plus aussi précise. Nous avons vu Polaillon, Azéma opérer dans plusieurs séances. Marchant créa d'abord le vagin, et, après avoir reconnu qu'il lui était impossible, par des manœuvres multiples, d'aboucher le col dans le vagin, il fit la laparotomie, constata la présence de l'utérus et des ovaires atrophiés, et repoussa l'utérus saisi à pleine main par son fond vers le vagin. Puis, avec une pince fixatrice, il saisit à travers les tissus cruentés du vagin la portion répondant au col utérin, l'attira dans le cul-de-sac vaginal et l'y fixa par une pince laissée à demeure.

Mais, dans toutes les observations, nous avons vu que le rétrécissement se produisit, sauf chez la malade de Dolbeau.

Tous les chirurgiens ont lutté contre la rétraction cicatri-

cielle à l'aide de procédés spéciaux, aussi ingénieux les uns que les autres, mais sans arriver à un résultat bien encourageant. Pour éviter la sténose, on a pratiqué un troisième procédé qui est l'*autoplastie*.

C'est Heppner qui, le premier, a mis en pratique les procédés autoplastiques. Credé et Braithwaité l'imitèrent et, en en France, Picqué, Swartz, Delagenière, Roux, Drouin et Chalita les ont utilisés davantage.

Picqué s'est servi de la muqueuse vestibulaire qu'il décolle pour tapisser la paroi supérieure du vagin artificiel où elle fut fixée par des points de suture au catgut. La paroi inférieure fut tapissée par la peau de la région intervulvo-anale, disséquée et portée par glissement jusqu'au fond de la cavité où elle fut également maintenue par des points de suture au catgut.

Küstner divise les petites lèvres, les dédouble par dissection et les réunit devant la vulve en un sac qu'on introduit dans le fond du canal vaginal. Dans un cas même, il a greffé sur les parois cruentées du vagin la muqueuse intestinale d'un homme auquel il venait de réséquer une anse intestinale perforée.

Mackeurodt a réussi à refaire un nouveau vagin en greffant des lambeaux de muqueuse vaginale empruntée à des femmes qu'il venait d'opérer pour prolapsus génital.

Avec une incision en H, on parvient aisément, au début de l'opération, à s'assurer deux lambeaux supérieurs et inférieurs. On s'aide au besoin de lambeaux pris sur les petites lèvres. En bas, au niveau de la vulve, on trouve toujours de quoi assurer la constitution d'un anneau peu rétractile. Mais, au fond de la cavité vaginale, il est toujours une région où l'affrontement se fait mal ou pas du tout et où s'effectue plus tard un travail de cicatrisation dont il faut prévenir la rétraction par la dilatation ultérieure.

Et voilà, exposées sommairement, les diverses méthodes qu'on a employées pour la réfection d'un vagin artificiel.

CONCLUSIONS

Après avoir exposé l'embryologie des organes génitaux chez la femme, nous avons indiqué le mécanisme des malformations du vagin.

Nous avons vu qu'il y a des absences partielles et des absences totales. Les plus fréquentes sont les absences partielles qui coïncident en général avec l'existence d'un appareil génital profond bien développé.

Au point de vue symptomatologique, nous avons insisté sur les accidents de rétention menstruelle qui consistent dans la formation d'une poche sanguine, hématocolpos, hématomètre, hématosalpinx, et nous avons signalé les accidents entraînés par le molimen menstruel qui se produit dans l'anomalie vaginale sans utérus et avec ovaires.

La thérapeutique est assez simple en général. Elle a pour but l'évacuation immédiate de la poche sanguine, quand il y a rétention menstruelle, et la création d'un vagin artificiel qui permette l'écoulement constant du flux sanguin. Le meilleur procéde est l'autoplastie qui met assez à l'abri des rétractions cicatricielles.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Lefort. — Thèse d'agrégation, 1863. — Des vices de conformation de l'utérus et du vagin.

Dolbeau. — Bulletin de thérapeutique, 1874 I.

Mollière. — Lyon médical, 1879-1880.

Polaillon. — Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, 1887.

Boursier. — Bulletin médical, 1892.

Azéma. — Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1893.

Tédenat. — Nouveau Montpellier médical, 1893, II.

Baudry. — Thèse de Bordeaux, 1893-94. De l'intervention chirurgicale dans les cas d'absence de vagin.

— Archives de tocologie, 1892.

Picqué, — Absences du vagin. — Création artificielle. — Semaine médicale, 1895, XV.

— Absence complète du vagin (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1895 XXI.

Dumitrescu. — Thèse de Paris. — Etudes des absences congénitales du vagin, au point de vue chirurgical.

Mackeurodt. — Semaine médicale, n° 28, 1896.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 7 mars 1901.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 7 mars 1901.
Le Recteur de l'Académie,
Ant. BENOIST.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !